

## АНТРОПООРИЕНТИРОВАННЫЕ ОСНОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПРОЦЕССА ВЫНАШИВАНИЯ У ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

А.Л. Филоненко, Т.Г. Бохан (Томск), Т.В. Рогачева (Екатеринбург)

*Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ  
(грант № 11-36-00202a1).*

**Аннотация.** Представлены основания использования антропоориентированных тенденций науки в практике психологической помощи беременным женщинам. Описана программа формирующего эксперимента психологического сопровождения процесса вынашивания у женщин с угрозой прерывания беременности. Определены мишени психологической помощи, описаны методы и этапы работы.

**Ключевые слова:** угроза прерывания беременности; здоровая беременность; пренатальная психологическая общность.

Проблема поиска методологических оснований психологической помощи женщинам во время беременности стоит достаточно остро. Согласно данным статистики, 15–25% беременностей завершается самопроизвольным абортom, а диагноз «угроза прерывания беременности» ставится каждой второй беременной женщине (З.С. Зайцева, В.И. Кулаков, О.Ф. Серова, Г.Т. Сухих). Программы психологического сопровождения беременных женщин, существующие на данный момент в практике психологической помощи, формируют индивидуально-психологические и личностные качества женщин, помогающие адаптироваться к новому психофизиологическому состоянию, обрести спокойное внутреннее состояние психологического и физиологического комфорта. Однако по данным современных исследователей, беременность провоцирует более глубокие изменения личности, которые затрагивают, кроме физиологического, эмоционального, когнитивного, социального уровней, еще и экзистенциальный (В.И. Брутман, О.С. Васильева, О.А. Копыл, Ю.В. Ковалева, С.Ю. Мещерякова, Е.В. Могилевская, О.А. Соколова, Г.Г. Филиппова). Содержание этих изменений свидетельствует о том, что в сознании женщины появляется образ ребенка, отношение к нему, формируется единство, система «мать и дитя».

Опора на научный потенциал антропоориентированных теорий в психологии позволяет рассматривать ценностно-смысловые образования, которые детерминируют образ жизни человека, осмысленность его поведения в конкретной жизненной ситуации [3–5]. На основе данных методологических воззрений этап беременности рассматривается

как особый кризисный этап в целостном контексте жизни женщины, гармоничность проживания которого на биологическом и социальном уровнях определяется преобразованием психологической и духовной сфер личности женщины. Этот процесс характеризуется изменением личностных мотиваций, форм поведения, установок и трансформацией личностных ценностей и смыслов. Появление новых ценностей выводит на такое системное новообразование женщины в период беременности в ее сознании и поведении, как пренатальная психологическая общность. Ю.Б. Шмурак (1994) указывает на то, что формирование данного новообразования свидетельствует о процессе саморазвития женщины и выступает психологическим условием в системе факторов, определяющих физиологическое течение здоровой беременности [10]. Последовательное прохождение стадий становления пренатальной психологической общности внутри системы «мать и дитя» является условием гармонизации, интеграции биологических и психологических компонентов системы, приведения их в соответствие, формирует систему психологической устойчивости в изменяющихся обстоятельствах жизни беременной женщины.

Пренатальная психологическая общность представлена содержанием структурных компонентов – ценностно-смыслового, психологического (эмоциональные, когнитивные, поведенческие характеристики) и физиологического. Динамический аспект пренатальной психологической общности свидетельствует о том, что она проходит свои этапы развития, в процессе которых структурные компоненты общности наполняются новыми смыслами, отношениями и действиями. Развитие пренатальной психологической общности включает в себя два периода, каждый из которых состоит из двух критических и двух стабильных стадий.

Содержание компонентов на первой стадии «Кризис инобытия» (кризис рождения) определяется появлением самостоятельной ценности ребенка и ростом тревожности, что провоцирует формирование установок на сохранение здоровья и новых форм поведения. Физиологический компонент характеризуется общим снижением активности и всех вегетативных показателей. Условием гармоничного похождения данной стадии выступает принятие членами семьи факта беременности и оказание эмоциональной поддержки.

Содержание компонентов на второй стадии – «Стадии принятия» – определяется формированием ценности беременности, что связано с готовностью принимать все её проявления. На данной стадии повышаются ценность собственного Я и активность женщины, появляются уверенность в будущем, установка на заботу о здоровье и убеждение в собственной возможности контролировать и подчинять события своей жизни.

Содержание компонентов на третьей стадии – «Кризис фетальности» (кризис развития) – определяется формированием ценности ребенка

и беременности. Женщины начинают ощущать активные проявления ребенка, воспринимать его как отдельного субъекта, что связано с началом развития материнской идентичности. Формируются позитивная временная перспектива и готовность обращаться к внутренним ресурсам организма. Снижается тревожность и улучшается физиологическое состояние.

Содержание компонентов на четвертой стадии – «Внутриутробный младенец» (стадия освоения) – определяется изменением образа мира, образа жизни, отказом от эгоцентричности и формированием материнской идентичности. Появляются новые формы поведения, направленные на установление более близких, со-бытийных отношений с ребенком. Условием гармоничного прохождения данной стадии является эмоциональная поддержка семьи.

**Цель** данного исследования – на основании достоверных данных о содержании структурных компонентов становления пренатальной психологической общности, выступающей в качестве условий здоровой беременности, разработать и реализовать формирующий эксперимент по созданию условий формирования психических новообразований, способствующих этому становлению. Как завершение реализации программы провести контрольный диагностический срез, определить её эффективность.

**Методы исследования.** Психодиагностические методы: «Шкала базисных убеждений» Р. Янов-Бульмана, «Цветовой тест» Люшера, методики «Семантического дифференциала» и «Неоконченные предложения», адаптированные под задачи исследования.

Феноменологические методы: специально разработанный алгоритм фокусированного интервью, проективный рисунок «Я и мой ребенок» и сочинение на тему «Моя беременность» с последующим применением контент-анализа для качественной и количественной обработки данных.

Статистические методы анализа данных осуществлялись с помощью программы Statistica 8.0.

Формирующий эксперимент проводился на базе отделения гинекологии Томского НИИ Курортологии и физиотерапии г. Томска. В эксперименте принимали участие беременные женщины с угрозой прерывания беременности ( $n = 100$ ).

В основу психодиагностической работы легла разработанная на основе анализа литературы интегративная модель становления пренатальной психологической общности, которая была операционализована и верифицирована с учетом ее структурно-содержательных и процессуально-динамических характеристик. На основании анализа результатов констатирующего этапа выявлены закономерности становления пренатальной психологической общности у женщин со здоровой беременностью и с угрозой её прерывания, установлены факто-

ры, способствующие и препятствующие становлению пренатальной психологической общности.

Доказано, что у женщин в норме в период беременности становление пренатальной психологической общности представлено появлением базовых новообразований на каждой стадии ее развития и соответствующим содержанием структурных компонентов (ценностно-смыслового, эмоционального, когнитивного, поведенческого и физиологического). К базовым новообразованиям относятся: в «кризисе инобытия» (рождения) – появление самостоятельной ценности ребенка, смысла заботы о своем здоровье и позитивной перспективы будущего; в «стадии принятия» – эмоциональное принятие ребенка в своей телесности и соответствующее этому изменение форм поведения, образа жизни; в «кризисе фетальности» (развития) – появление ценности материнства, проявляющейся в принятии беременности во всех ее проявлениях, идентификации с ролью матери, выделении проявлений активности ребенка на уровне интрацептивных ощущений и придании им определенных значений как проявлений субъектности ребенка; на этапе «внутриутробного младенца» (стадия освоения) – появление новых смыслов во взаимодействии с ребенком в настоящем и будущем, расширяющих пространство жизненного мира, на основе ценностей материнства.

У большинства беременных женщин с угрозой прерывания беременности выявлены следующие трудности становления пренатальной психологической общности: отсутствие базовых новообразований, определяющих динамику становления пренатальной психологической общности; деформация содержания компонентов на стадиях первого периода становления пренатальной психологической общности: в «кризисе инобытия» – отсутствие динамики изменения образа мира и образа жизни; на стадии принятия – сверхзначимость ценности собственного Я в связи с ухудшением соматического состояния (повышение тонуса вегетативной нервной системы, снижение работоспособности, отклонение физиологических показателей от аутогенной нормы); отсутствие формирования новообразований и содержания компонентов пренатальной психологической общности, соответствующего второму периоду развития (стадии «кризис фетальности» и «внутриутробный младенец»), свидетельствует об остановке в развитии пренатальной психологической общности.

Проведенный анализ позволил выявить психологические характеристики (факторы) компонентов пренатальной психологической общности, способствующие и препятствующие становлению общности на каждой стадии.

В качестве факторов, способствующих развитию общности, выступают ценность ребенка и ценность материнства, принятие беременности, установка на сохранение своего здоровья, конструктивное от-

ношение к симптомам болезни и готовность обращаться к внутренним ресурсам для излечения.

Негативными психологическими факторами, которые приводят к остановке в развитии общности и взаимосвязаны с угрозой прерывания беременности, являются отсутствие ценности ребенка, актуализация базисного убеждения в собственной возможности контролировать и подчинять события своей жизни, высокая ценность собственного Я женщины, приоритет карьеры.

На основании установленных фактов были определены мишени психологической коррекции, описаны подходы, подобраны методы и этапы формирующего эксперимента.

В качестве мишеней психологической коррекции определены следующие. На уровне ценностно-смыслового компонента – это формирование самостоятельной ценности ребенка, ценности материнства и готовности принимать ситуацию беременности со всеми ее позитивными и негативными проявлениями; на уровне эмоционального – эмоциональная поддержка женщин; на уровне когнитивного – обращение к внутренним ресурсам организма, формирование позитивной временной перспективы, актуализация личностных ресурсов и внутреннего локуса контроля. На уровне последнего компонента одной из задач выступает формирование представлений о внутриутробной жизни ребенка, основных закономерностях его развития, перцептивных возможностях и базовых потребностях; очень важны работа с образами и представлениями о беременности и материнстве; выявление и работа над деструктивными установками и убеждениями по поводу беременности и материнства. Задачи на уровне физиологического компонента – развитие навыков психофизиологической саморегуляции, повышение чувствительности к выделению внутриутробных проявлений ребенка; на уровне поведенческого – формирование новых форм поведения, направленных на совладание с жизненными трудностями, развитие способов взаимодействия с ребенком до и после рождения.

Определены уровни направленности психологического сопровождения. Личностный уровень – работа с ценностями, смысловыми образованиями, установками и мотивацией. Аффективный (эмоциональный) уровень – работа с навыками открытого выражения чувств вербальными и невербальными средствами, обучение эмпатийному слушанию, способам оказания и принятия эмоциональной поддержки. Когнитивный уровень – передача знаний. В ситуации беременности для женщин большое значение имеет опора на знания, на когнитивный ресурс. Психофизиологический уровень – обучение регуляции функциональных состояний средствами аутогенной тренировки, арттерапии, телесно-ориентированной терапии. Операциональный, или поведенческий, уровень – формирование новых способов поведения, а также навыков и умений (способы взаимодействия с внутриутробно раз-

вивающимся ребенком, поведение в родах, ухода за ребенком, конструктивные формы поведения в семейных ситуациях).

В качестве методов работы были использованы: когнитивная психотерапия с элементами эмоционально-рациональной терапии Эллиса; позитивная психотерапия с ориентацией на будущее и на внутренние личностные ресурсы; арт-терапия в виде работы с рисунками, лепки, составления коллажей, музыкотерапия, танцетерапия, сказкотерапия; создание оберегов, рисование мандал; поведенческая терапия с написанием рекомендаций и домашних заданий. Изменяя поведение, меняем отношение к беременности, ребенку, окружающей действительности (формирование конструктивных навыков общения с членами семьи и способов взаимодействия с внутриутробно развивающимся ребенком; развитие конструктивных форм поведения, направленных на сохранение здоровья; телесно-ориентированная терапия в работе с опорами, принятием физиологических изменений своего тела, формированием способов адаптации к изменениям; комплексная физическая и дыхательная гимнастика, направленная на профилактику угрозы прерывания беременности и различных нарушений внутриутробного развития ребенка; аутогенная тренировка, методы релаксации и медитации).

Формой организации работы были индивидуальные консультации, групповые занятия и семинары. Продолжительность занятий составляла от двух до четырех часов.

Программа представлена четырьмя комплексами занятий. Первый посвящен формированию готовности женщины к принятию ситуации беременности. На данном этапе возможно использование одной из методик экзистенциальной психотерапии (прояснение значения беременности для женщины и ее роли в этой новой жизненной ситуации; формирование навыков дарить и получать подарки; знакомство с женским архетипом и формирование готовности к развитию женских, материнских качеств). На данном этапе также применяются методики арт-терапии и телесно-ориентированной терапии, релаксации, медитации, направленные на принятие ситуации беременности в своем теле, формирование готовности и согласия с возникающими физиологическими изменениями.

Второй комплекс занятий посвящен работе с эмоциональным состоянием беременных женщин – оказание эмоциональной поддержки, работа с чувствами; формирование навыков оказания и принятия эмоциональной поддержки; использование методик арт-терапии и медитативных техник, направленных на формирование, развитие ощущений внутренней опоры и обращение к внутренним ресурсам организма.

Третий комплекс занятий посвящен формированию у женщины образа внутриутробно развивающегося ребенка и ценности материнства. На данном этапе женщине предлагаются упражнения на разотож-

дествление, разъединение образов себя и своего ребенка, работа на обособление; заполнение дневника шевелений, который предполагает указание количества шевелений в сутки и описание характера этих шевелений. Следующим способом работы на данном этапе выступают семинарские занятия, на которых женщины узнают о внутриутробных психологических особенностях, потребностях ребенка и способах взаимодействия с ним (показ фильмов, слайдов; работа с образами и представлениями о материнстве, отцовстве и возможных трудностях в реализации данных ролей; формирование представлений о роли матери как в период младенческого возраста ребенка, так и в период его внутриутробного развития).

Четвертый комплекс занятий посвящен созданию условий для формирования и развития со-бытийных отношений между женщиной и ребенком: знакомство с «Методом гаптономии», описанным Г.Г. Филипповой (2002); формирование представлений о базовых потребностях внутриутробно развивающегося ребенка в данный период беременности и новорожденного ребенка, о роли женщины в уходе и общении с новорожденным ребенком; освоение навыков ухода, общения, грудного вскармливания, психологическая подготовка к родам.

Результаты контрольного среза, полученные с помощью шкал методик, диагностирующих содержание структурных компонентов общности, контент-анализа речевой продукции женщин, рисунков и текстов рефлексии в завершении занятий, показали динамику развития новообразований и трансформацию содержания структурно-уровневых компонентов пренатальной психологической общности (таблица).

**Динамика изменений показателей до и после проведения формирующего эксперимента (n = 20)**

Название шкалы	До	После	p-level
Формирование и развитие ценности ребенка	2,05	3,22	0,005
Принятие беременности	3,18	3,89	0,03
Ценность Я	3,85	2,46	0,04
Приоритет карьеры	1,5	0,4	0,05
Степень самоконтроля	4,10	3,65	0,02
Уровень тревоги	2,74	1,30	0,002
Уровень стресса	3,74	1,30	0,0001
Активность	0,02	1,36	0,002
Показатель вегетативного тонуса	0,58	0,37	0,05
Использование внутренних ресурсов для излечения	2,04	2,72	0,05
Конструктивное отношение к симптомам болезни	0,87	1,71	0,001
Установка на заботу о здоровье	1,77	2,54	0,004
Формирование нового образа Я	-0,01	0,05	0,05
Изменение образа жизни	0,01	0,08	0,05
Изменение образа мира	0,01	0,15	0,03

На уровне ценностно-смыслового компонента появляются ценность ребенка и ценность беременности, на уровне эмоционального – снижается уровень тревоги и стресса, повышаются активность, готовность к эмоциональному принятию ребенка и формированию привязанности. На уровне когнитивного компонента актуализируются установки на заботу о здоровье, конструктивное отношение к симптомам болезни и использование внутренних ресурсов для излечения. Содержание когнитивного компонента характеризуется также снижением силы базисного убеждения в возможности контролировать события своей жизни и появлением готовности принимать новую ситуацию беременности и развивающегося материнства. Поведенческий компонент определяется изменением образа жизни и созданием новых форм поведения, направленных на взаимодействие с ребенком. Физиологический компонент определяется снижением показателей вегетативного тонуса и снятием симптомов угрозы прерывания беременности в 65% случаев.

**Выводы:**

1. С опорой на научный потенциал антропоориентированных теорий в психологии создана и апробирована в рамках формирующего эксперимента программа психологического сопровождения процесса вынашивания у беременных женщин с угрозой прерывания беременности, которая представлена комплексами упражнений, направленных на создание условий формирования психических новообразований на стадиях становления пренатальной психологической общности.

2. Результаты контрольного диагностического среза позволяют показать динамику формирования новообразований и интегрированное изменение содержания структурных компонентов на стадиях становления пренатальной психологической общности.

3. Программа психологического сопровождения беременных женщин с трудностями становления пренатальной психологической общности может быть использована в различных медицинских учреждениях и психологических центрах, работающих с беременными женщинами на разных сроках и с разным физиологическим течением беременности.

## Литература

1. *Бохан Т.Г.* Культурно-исторический подход к стрессу и стрессоустойчивости : дис. ... д-ра психол. наук. Томск, 2008. 84 с.

2. *Бохан Т.Г.* Проблема стресса и стрессоустойчивости современного человека в парадигме постнеклассической психологии // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2006. № 2. С. 16–21.

3. *Выготский Л.С.* Психология. М. : ЭКСМО-Пресс, 2000. 1008 с.

4. *Залевский Г.В.* От «демонической» до «биопсихосоцио-ноэтической» модели психического расстройства // *Сибирский психологический журнал.* 2009. № 32. С. 57–64.



5. Слободчиков В.И., Исаев Е.И. Основы психологической антропологии. Психология человека: Введение в психологию субъективности : учеб. пособие для вузов. М. : Школа-Пресс, 1995. 384 с.

6. Филиппова Г.Г. Психология материнства : учеб. пособие. М., 2002. 267 с.

7. Филоненко А.Л. Базисные убеждения, особенности состояния и переживания беременных женщин // Сибирский психологический журнал. 2010. № 37. С. 14–20.

8. Филоненко А.Л., Бохан Т.Г. Реферативный анализ проблемы изучения факторов риска невынашивания беременности // Вестник Томского государственного университета. 2010. № 334. С. 138–142.

9. Филоненко А.Л. Становление пренатальной психологической общности как условие здоровой беременности : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Томск, 2012. 24 с.

10. Шмурак Ю.Б. Пренатальная психологическая общность // Человек. 1994. № 6. С. 24–37.

#### ANTROPOORIENTIROVANNYE BASIS OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT PROCESS OF GESTATION IN WOMEN WITH THREATENED MISCARRIAGE

Filonenko A.L., Bokhan T.G. (Tomsk), Rogacheva T.V. (Ekaterinburg)

**Summary.** Presented base antropoorientirovanyh use trends in the practice of science counseling to pregnant women. Described a program of psychological support formative experiment process of gestation in women with threatened miscarriage. Identified the target of psychological help, the methods and stages of operation.

**Key words:** the threat of termination of pregnancy; healthy pregnancy; prenatal psychological community.